

# Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik

*Mari Broqvist*

**PrioriteringsCentrum**

**2004:3**

ISSN 1650-8475

---

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping

**Telefon:** 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

**Hemsida:** <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

**E-post:** [prioriteringscentrum@lio.se](mailto:prioriteringscentrum@lio.se)

## FÖRORD

En av PrioriteringsCentrums uppgifter är att verka för kunskaps- och metodutveckling bl.a. genom kartläggning och analys av prioriteringar inom vård och omsorg. Ett område som vi fortfarande vet lite om är hur vårdpersonal resonerar kring prioriteringar och då framför allt öppna prioriteringar. Av den anledningen har PrioriteringsCentrum genomfört eller gett stöd till flera intervjuundersökningar bland vårdpersonal. Rapporten Reflektioner över etik och prioriteringar i vården (2003:7) redovisar hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor resonerar.

I detta projekt har Mari Broqvist vid PrioriteringsCentrum, som själv tidigare arbetat som arbetsterapeut, intervjuat personal inom rehabiliteringsområdet, närmare bestämt arbetsterapeuter och sjukgymnaster, för att få veta mer om dessa yrkesgruppers tankar kring prioriteringar. Också andra yrkesgrupper kommer troligen att kunna känna igen sig i det som beskrivs i denna rapport.

Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till en ökad medvetenhet om på vilka grunder prioriteringar görs och på så sätt vara till hjälp i arbetet för att göra prioriteringar mer öppna. Vi tror därför att rapporten kan vara intressant även för politiker som ska ta ställning till vårdprofessionella gruppers beslutsunderlag för prioriteringar.

PrioriteringsCentrum ger också ut denna rapport i en mer kortfattad version, en ”broschyr”. Den vänder sig direkt till dig som arbetsterapeut eller sjukgymnast och är tänkt som ett inspirationsmaterial för fortsatta diskussioner kring öppna prioriteringar. Broschyrer kan beställas via [prioriteringscentrum@lio.se](mailto:prioriteringscentrum@lio.se).

Till sist, ett stort tack till de sjukgymnaster och arbetsterapeuter runt om i landet som delat med sig av sina tankar om prioriteringar i praktiken.

*Linköping, mars 2004*

*Per Carlsson*

*Professor, föreståndare PrioriteringsCentrum*



## SAMMANFATTNING

Ett av de viktigaste verktygen för ett framgångsrikt prioriteringsarbete i vården är samtal. Samtal kollegor emellan, med andra yrkesgrupper, med politiker och med allmänheten. Att vara medveten om sina egna prioriteringar i patientarbetet är en viktig utgångspunkt för ett sådant samtal. Idag finns lite kunskap om hur vårdpersonal resonerar kring prioriteringar i vården. Vårdpersonal har också hittills spelat en undanskymd roll i diskussioner om hur vårdens resurser ska användas och fördelas (SOU 2001:8).

Denna rapport syftar till att öka kunskapen om hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster resonerar kring öppna prioriteringar och vad det är som styr de prioriteringar de gör i sitt patientnära arbete. Innehållet grundar sig på vad som framkommit i de 16 intervjuer som genomförts med representanter från dessa yrkeskategorier, verksamma på olika håll i Sverige. Både landstings- och kommunanställda har deltagit i intervjuerna.

Intervjuerna visar att graden av medvetenhet om prioriteringar varierar kraftigt bland de intervjuade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna. Många beskriver att de hela tiden gör val mellan olika insatser i sitt arbete - de har bara inte tänkt på det som "prioriteringar". Å andra sidan finns det exempel på enheter inom sjukgymnastik och arbetsterapi som på ett medvetet sätt arbetat med att rangordna sina insatser. Som bilagor till rapporten finns exempel på detta från Karolinska sjukhuset i Stockholm och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Fortfarande är det dock vanligast med ringa öppenhet i de prioriteringar som görs av dessa yrkesgrupper.

Ett annat resultat av intervjuerna var de många faktorer som kunde påvisas som påverkar de prioriteringar arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör i sin dagliga verksamhet. *Omvärldsfaktorer* som läkarens kompetens och intresse, lagar, politiska styrsystem och viljeyttringar samt yttre fysiska förutsättningar som t.ex. lokalernas utformning ligger ofta utanför vad dessa yrkesgrupper själva kan påverka men som de samtidigt måste förhålla sig till i sina val. Den egna kompetensen, intresseinriktningen, kultur och traditioner samt upplevelsen av prestige beskrivs mer som *inre faktorer* som är direkt påverkbara av den enskilde yrkesföreträdaren liksom yrkesgruppens syn på hälsa, kostnadseffektivitet hos åtgärden och patientens egen upplevelse av behov.

Vad som framkommit i denna rapport styrker helt den bild som Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) gav, nämligen att arbetsterapeuter och sjukgymnaster *inte* deltar i organiserat prioriteringsarbete i särskilt hög grad. Beslutsunderlagen riskerar därmed att bli ensidiga och ge en bristfällig bild av vårdbehov.

Det finns också andra starka drivkrafter än de politiska för en fortsatt utveckling av öppna prioriteringar inom dessa yrkeskårer. Arbetsmiljöfrågor och framtida krav från patienter och allmänhet är några sådana exempel. För att komma vidare i arbetet finns flera möjliga steg att ta, några av dessa kan vara att:

1. Bygga upp kunskap om de prioriteringar som görs idag.
2. Genomföra diskussioner om vårdbehov för de patientgrupper som arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar med.
3. Utveckla metoder för öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.
4. Bidra till ökad delaktighet i prioriteringsdiskussioner på alla nivåer.
5. Utveckla strategier för offentliggörande av prioriteringar.

Genom att arbeta vidare med dessa utvecklingsfrågor skulle mer medvetna och öppna prioriteringar kunna bli möjliga inom arbetsterapi och sjukgymnastik vilket i sin tur skulle möjliggöra en större insyn i hur behov kopplade till rehabiliteringsinsatser tillgodoses i vården idag. Syftet med öppna prioriteringar är att bidra både till en ökad rättvisa och till effektivitet i vården.

# INNEHÅLL

<b>1. BEHOVET AV KUNSKAP</b> .....	<b>1</b>
<b>2. SYFTE</b> .....	<b>3</b>
<b>3. INTERVJUER MED ARBETSTERAPEUTER OCH SJUKGYMNASTER</b> .....	<b>4</b>
<b>4. VIKTIGA BEGREPP</b> .....	<b>5</b>
4.1 VAD BETYDER DET "ATT PRIORITERA"?	5
4.2 DEN ETISKA PLATTFORMEN .....	6
4.3 NÄRBESLÄKTADE BEGREPP TILL PRIORITERING.....	7
4.4 ÖPPNA PRIORITERINGAR.....	9
<b>5. ÖPPNA PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK – EN NULÄGESBESKRIVNING</b> .....	<b>10</b>
5.2. VAD PÅVERKAR VAL I VARDAGEN OCH VILKA BLIR KONSEKVENSERNA ?.....	11
5.2.1. Läkarnas kompetens och intresse.....	12
5.2.3. Egen kompetens och intresse.....	13
5.2.4. Patientens egen uppfattning om sitt vårdbehov.....	14
5.2.5. Politiska styrsystem och viljetryningar .....	15
5.2.6. Lagar .....	16
5.2.7. Kostnadseffektivitet hos åtgärden.....	17
5.2.8. Yttre fysiska förutsättningar.....	17
5.2.9. Kultur och traditioner.....	18
5.2.10. Prestige.....	18
5.3. ÖPPNA PRIORITERINGAR – EN BRISTVARA ? .....	19
5.4. DELAKTIGHET I PRIORITERINGSARBETE.....	20
<b>6. DET FORTSATTA PRIORITERINGSARBETET – MÖJLIGA UTVECKLINGSBEHOV</b> .....	<b>21</b>
6.1. BRISTANDE DELAKTIGHET - ORSAKER OCH KONSEKVENSER .....	21
6.3 MÖJLIGA UTVECKLINGSSTEG.....	25
<b>REFERENSER</b> .....	<b>31</b>

## 1. BEHOVET AV KUNSKAP

Prioriteringar i hälso- och sjukvården uppmärksammades på allvar första gången i och med tillsättandet av en Prioriteringsutredning vars slutbetänkande ”*Vårdens svåra val*” publicerades 1995 (SoU 1995:5). 1997 beslutade riksdagen om ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen som skulle reglera prioriteringar i vården (Betänkande 1996/97: SoU 14).

I Prioriteringsutredningens slutbetänkande (SOU 1995:5) understryks vikten av att prioriteringsprocessen förstås och accepteras av alla berörda samt att alla i vården har ansvar för prioriteringsuppdraget. Trots att annan vårdpersonal än läkare utgör cirka 90 procent av de anställda i hälso- och sjukvård i kommuner och landsting (Landstingsförbundet, 1995) har dessa grupper hittills spelat en undanskymd roll i diskussioner om hur vårdens resurser bäst ska användas och fördelas. Det finns flera skäl till att även andra yrkesgrupper än läkare mer aktivt behöver involveras i prioriteringsarbetet (SOU 1995:5);

- Vårdpersonalens insatser har stor betydelse för patientens upplevelse av vårdkvalité.
- Många av de insatser som krävs för patienter med stora vårdbehov handlar inte om åtgärder som kräver läkarens medicinska kompetens utan handlar mer om omvårdnad och rehabilitering.
- Beslutsunderlag för prioriteringar behöver i större utsträckning än idag omfatta även insatser från andra personalgrupper än läkarna.

*” Resultatet av deras (läs vårdpersonalens ) insatser bidrar i liten utsträckning till de underlag som används för planering. Sjukvårdshuvudmännen – både kommuner och landsting – måste ta ansvar för att utveckla metoder som tar tillvara och integrerar också det arbete i prioriteringsprocessen som utförs av andra personalgrupper än läkarna.”*

Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5, s 99

En av de viktigaste förutsättningarna för en framgångsrik prioriteringsprocess är samtal mellan samtliga berörda såsom vårdpersonal, politiker och allmänhet. Att vara medveten om sina egna prioriteringar och vad som styr dessa är en viktig grund för ett sådant samtal. Idag finns begränsad kunskap om hur vårdpersonal resonerar kring öppna prioriteringar i vården. PrioriteringsCentrum har därför initierat att lämna stöd till flera studier om omvårdnadspersonalens uppfattningar om prioriteringar. En av dessa beskriver kommunal verksamhet (Rundqvist, manuskript) medan de andra studerar också omvårdnadspersonal i landsting (Lämås, manuskript; Höglund, 2003). När det gäller arbetsterapi eller sjukgymnastik finns inga studier publicerade som tydligt berör prioriteringar, varken nationellt eller internationellt.

Detta trots att riksdagens riktlinjer för prioriteringar bl.a. pekade på att personer med svåra kroniska sjukdomar, som ofta förknippas med rehabiliteringsinsatser, skulle betraktas ha stora behov av sjukvård. Rehabilitering lyftes med andra ord fram som ett prioriterat område.

Innan detta projekt tog form samlades en grupp arbetsterapeuter verksamma inom olika vårdformer inom både kommun och landsting, samt forskare och företrädare för arbetsterapeututbildningen, för att diskutera kunskapsläget vad det gäller prioriteringar för denna yrkesgrupp. Behovet av diskussion och kunskapsutveckling på området ansågs stort då alla i sin vardag på olika sätt berörs av prioriteringsfrågor. Motsvarande behov ansågs också finnas bland sjukgymnaster som frågan mer informellt diskuterades med.

Mot bakgrund av detta beslutade PrioriteringsCentrum att under våren 2003 genomföra ett antal intervjuer om prioriteringar inom rehabiliteringsyrken.



## 2. SYFTE

Syftet med denna pilotstudie är att öka kunskapen om hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster resonerar kring prioriteringar och vad som styr inriktningen av deras verksamhet för att kunna peka på möjliga utvecklingsområden för öppna prioriteringar.

Följande frågeställningar skulle besvaras:

- Hur medvetna är de prioriteringar som görs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster?
- Vad är det som styr de prioriteringar som dessa yrkesgrupper gör i sitt patientnära arbete?
- Hur öppna är de prioriteringar som görs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster?
- Hur ser arbetsterapeuters och sjukgymnasters roll ut i prioriteringsarbetet inom vården?

Vår förhoppning var att resultatet skulle kunna stimulera till fördjupade diskussioner, studier och utvecklingsarbeten inom området öppna prioriteringar i vården.

### 3. INTERVJUER MED ARBETSTERAPEUTER OCH SJUKGYMNASTER

Individuella intervjuer har genomförts med åtta arbetsterapeuter och åtta sjukgymnaster med syfte att kartlägga uppfattningar om öppna prioriteringar. Intervjuerna har genomförts i samtalsform med öppna frågor. Intervjuguiden bestod av två delar där den första delen syftade till att belysa hur de intervjuade resonerade i ett läge av resursbrist i deras patientnära arbete. Den andra delen innehöll frågor om hur prioriteringsbegreppet uppfattas och vilken kännedom som finns om prioriteringsprinciperna i Hälso- och sjukvårdslagen (bilaga 1).

Intervjupersonerna valdes ut med förhoppningen om att kunna fånga upp olika uppfattningar om öppna prioriteringar. Ett sätt att försöka uppnå detta var att träffa arbetsterapeuter och sjukgymnaster från olika landsting, olika verksamheter samt med olika ställning i sina respektive organisationer. Huvuddelen var landstingsanställda, tre var anställda i kommunal verksamhet.

Sju olika landsting finns representerade bland de intervjuade. Landstingen är spridda över landet med olikheter vad det gäller storlek, ekonomisk situation och politisk organisation. De intervjuade är verksamma inom olika områden som allmänmedicin, ortopedi, primärvård, hand- och plastikkirurgi, geriatrik, psykiatri, rehabilitering och särskilt boende inom kommun. Sex av de intervjuade har en arbetsledande position. Det slutliga urvalet till intervjun har gjorts av arbetsledaren på respektive enhet utifrån vem som hade möjlighet och intresse av att delta i ett samtal om öppna prioriteringar. Så småningom utkristalliserade sig ett enhetligt mönster i sättet att resonera varför intervjuerna avslutades efter 16 intervjuer.

Under intervjuerna och i direkt anslutning till dessa fördes anteckningar som legat till grund för en innehållsanalys. Här söktes framför allt efter olika faktorer som arbetsterapeuter och sjukgymnaster upplever styr deras prioriteringar i det dagliga patientarbetet (Uljens, 1989). Vidare undersöktes hur de aktuella yrkesgrupperna ser på arbetet med öppna prioriteringar idag.

En preliminär sammanställning från intervjuerna har diskuterats med ett hundratal yrkesföreträdare för de olika grupperna i samband med föreläsningar samt med Förbundet för Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). Samtliga medverkande har uttryckt en hög grad av igenkännande.

## 4. VIKTIGA BEGREPP

Trots att ”prioriteringar” idag är ett ofta förekommande begrepp i samtal både inom vården och bland allmänheten är det inte självklart vad det står för. Det är inte alls säkert att vi menar samma sak då vi talar om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Innan resultatet av intervjuerna presenteras redovisas därför vissa centrala begrepp som kommer att användas i denna rapport.

### 4.1 Vad betyder det ”att prioritera”?

Att prioritera innebär att göra ett *medvetet* val där en *rangordning* sker och något sätts före något annat.

I vården kan det handla om att ge någon vårdform företräde före en annan vårdform. Det kan också handla om att låta en viss diagnosgrupp gå före en annan eller att prioritera vissa insatser eller vissa patienter. Men det vi väljer mellan måste vara jämförbart så att det verkligen är ett val det handlar om. Att välja mellan en verksam metod och en icke verksam metod kan därför inte kallas att prioritera (Liss, 2002).

Att ”prioritera” är *inte* detsamma som nedskärningar och besparingar. Då en ny behandlingsmetod eller patientgrupp kommer till utan nya medel sker det oftast på bekostnad av något annat som rangordnas lägre och därmed får stå tillbaka. Också när sjukvården tillförs pengar görs prioriteringar för att bestämma vem som ska få företräde till de nya resurserna. Prioriteringar sker förstås också i tider av besparingar inom kommuner och landsting för att bestämma vilka patientgrupper som i första hand ska ha tillgång till de resurser som finns kvar.

Prioriteringar är ofrånkomliga eftersom våra resurser för sjukvård är ändliga både vad det gäller pengar och personella resurser. Den ekonomiska ramen är oftast relativt förutsägbar på ett eller ett par års sikt. Men även om vården skulle tillföras betydande resurser och det i teorin skulle kunna gå att tillfredsställa alla vårdbehov så kan inte allt göras samtidigt; vi måste prioritera vad som ska åtgärdas först och vad som kan vänta.

## 4.2 Den etiska plattformen

Den lagmässiga styrningen av landstingens och kommunernas prioriteringar inom hälso- och sjukvård regleras av 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:63). Denna paragraf bildar tillsammans med 28 § i Hälso- och sjukvårdslagen de grundläggande etiska principerna, den så kallade etiska plattformen för prioriteringar;

*Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är alltså inte förenligt med denna princip att låta människor stå tillbaka enbart på grund av t.ex. ålder, kön, social ställning eller inkomst.

*” Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.”*  
2 § Hälso- och sjukvårdslagen

*Behovs- och solidaritetsprincipen* anger att resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer etc.) där behoven av vård är störst. De som är ansvariga för hälso- och sjukvården har ett alldeles särskilt ansvar för att beakta behoven hos de med nedsatt autonomi som t.ex. de som är dementa, de med språkhandikapp och de psykiskt sjuka.

*” .....Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”*  
2 § Hälso- och sjukvårdslagen

*Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt utan att hög patientsäkerhet och god kvalitet åsidosätts. Denna princip var i förarbetet till ändringen av Hälso- och sjukvårdslagen underordnad de båda andra etiska principerna.

*” Ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”*

28 § Hälso- och sjukvårdslagen

Riksdagsbeslutet innehåller också vägledande riktlinjer för hur man i prioriteringssammanhang kan se på behovsprincipen. Prioriteringsgrupperna ska alltså inte ses som en tvingande prioriteringslista utan mer som kliniska exempel på vad som menas med behov.

*Prioriteringsgrupp I*

- Vård av livshotande sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

*Prioriteringsgrupp II*

- Prevention
- Habilitering/ rehabilitering

*Prioriteringsgrupp III*

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

*Prioriteringsgrupp IV*

- Vård av andra skäl än sjukdom och skada

Denna grova vägledning ger egentligen inte utrymme för att sortera in olika sjukdomar i olika prioriteringsgrad. Man betonar nämligen i propositionen att en och samma sjukdom kan hamna i olika prioriteringsgrupper eftersom sjukdomar kan variera i allvarlighetsgrad. Inte heller tas någon hänsyn till den förväntade patientnyttan av vårdinsatser, vilken måste vägas in vid prioriteringar. För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet har därför alla patienter enligt Hälso- och sjukvårdslagen (§ 2 a) rätt till en medicinsk bedömning *om det inte är uppenbart ”obehövligt”*. Först efter en sådan bedömning är det möjligt att säga om och i så fall vilket behov en person har av hälso- och sjukvård. Men även inför en bedömning, om man med det avser ett första läkarbesök, sker i regel någon form av prioritering. Om symtomen t.ex. tyder på en livshotande sjukdom ges företräde före den som söker för symtom som tyder på en mindre allvarlig sjukdom.

**4.3 Närbesläktade begrepp till prioritering**

Det finns många begrepp för att beskriva åtgärder vid resursbrist inom hälso- och sjukvården. Inte så sällan används dessa begrepp felaktigt synonymt med begreppet ”prioriteringar”.

Ett av dessa begrepp är *effektiviseringar*.

Effektiviseringar är de förbättringsarbeten i vården (t.ex. i form av ändrade rutiner) som möjliggör att patienters vårdbehov oförändrat kan tillgodoses trots minskade resurser. Det kan också innebära att vården med oförändrade resurser kan göra mer för pengarna.

Ett annat begrepp som ofta sammanblandas med prioritering är *ransonering*. Det innebär helt enkelt att en begränsning görs av den vård som är möjlig att ge utifrån den kunskap vi har om tillståndet i dagsläget. Vi väljer med andra ord medvetet att inte åtgärda vissa behov optimalt. Det är inte säkert att det är aktuellt med prioriteringar vid en sådan besparingsåtgärd så länge som *all* sjukvård ransoneras lika mycket. Om viss verksamhet eller vissa patientgrupper blir föremål för ransoneringar medan annan verksamhet på ett medvetet sätt lämnas orörd har man gjort *både* en prioritering *och* en ransonering.

En ransonering i budgethänseende kan t.ex. innebära att lägre *mål* sätts för behandlingen. Kanske vårdgivarens insatser kommer att begränsas till att patienten ska klara det mest kroppsnära i personlig vård och att det som har att göra med fritiden faller utanför vårdgivarens verksamhet. Eller så sätts mål med en lägre självständighetsgrad där patienten istället får räkna med att behöva hjälp i olika aktiviteter. Ransoneringar kan också handla om *tid*. Att minska tillgängligheten genom att förlänga köer eller minska på mottagningstider är exempel på detta. *Kvalité* kan också ransoneras genom att t.ex. ta bort eller minska på antalet uppföljningar (Liss, 2002).

Ett sätt att spara inom vården kan vara att ställa vissa vårdbehov utanför den offentliga vården och inte åtgärda dem alls, en så kallad *utbudsminskning* (eller *utbudsbegränsning*). En sådan utbudsminskning kan grunda sig på medvetna prioriteringar. Men den kan också grunda sig på faktorer som t.ex. starka företrädare för professionen eller patientgrupper och mindre på helhetsbedömningar av behovsbilden i vården. Ännu idag sker mycken utbudsminskning utan möjlighet att utifrån bedöma om besluten grundar sig på medvetna prioriteringar baserade på intentionerna i Hälso- och sjukvårdslagen.

#### 4.4 Öppna prioriteringar

Prioriteringar har alltid gjorts och kommer alltid att göras. Många gånger har de genomförts både omedvetet och outtalat. Det nya med riksdagens beslut om prioriteringar var den starka betoningen på vikten av öppenhet och insyn.

*”Det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet. Dessa har sin grund i värderingar av olika slag. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som anses nödvändiga måste i princip kunna delas av det stora flertalet i befolkningen”.*

Prop. 1996/97:60

Vad finns det då för krav för att en prioritering ska kunna kallas öppen? Även om propositionen ger en viss vägledning så finns ännu inget etablerat språkbruk för begreppet ”öppna prioriteringar”. Per-Erik Liss (2002) har dock arbetat fram en definition som idag väl är den mest vedertagna i diskussionerna i Sverige kring öppenhet och prioriteringar. Definitionen kan sammanfattas i nedanstående punkter;

- Prioriteringarna ska vara resultat av medvetna, kända val
- Grunderna eller principerna för prioriteringarna ska vara kända
- Konsekvenserna av prioriteringarna ska vara kända
- Besluten, grunderna och konsekvenserna ska vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem

## 5. ÖPPNA PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK – EN NULÄGESBESKRIVNING

Resultatet av intervjuerna med ett urval av yrkesföreträdare inom arbetsterapi och sjukgymnastik presenteras utifrån;

- deras bilder av hur medvetna deras prioriteringar är
- grunderna för och konsekvenserna av prioriteringar
- graden av offentlighet i prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik
- yrkesgruppernas delaktighet i prioriteringsarbete på olika nivåer.

### 5.1. Medvetna val och mellan vad?

Det första kravet för att en prioritering ska kunna kallas öppen är att den är resultatet av ett medvetet val, att något medvetet sätts före något annat.

Samtliga intervjuade beskriver att de gör många olika sorters val i sin vardag och att de medvetet väljer mellan olika individer, behov eller åtgärder. Det är dock inte säkert att man som enskild befattningsinnehavare tänker på dessa val i termer av ”prioriteringar”.

*”Jag gör ju ständigt val vad jag ska göra först och vad som får vänta. Vem ska jag t ex åka på hembesök till först och vem kan vänta. Och när jag väl bedömt patientens behov så bestämmer jag vilken insats jag ska göra först, t ex toalettstolsförhöjningen är ett måste för att personen ska kunna stanna kvar i hemmet utan hjälp. Det här med att kunna gå ut får vänta. Men jag har inte tänkt på det sättet...att det faktiskt är prioriteringar jag gör.”*

Under intervjuerna uttryckte flera en ökad medvetenhet om sina olika val och att de faktiskt rangordnar vad som är viktigast och vad som är mindre viktigt. Det framgick också vad det är de prioriterar mellan. Några beskrev att de prioriterar vissa *vård- eller boendeformer* före andra. Det kan t.ex. handla om att arbetsterapeuten eller sjukgymnasten prioriterar mottagningsverksamhet före avdelning eller låter en person som bor i eget boende gå före den som bor i särskilt boende.

*”Man vill ju förhindra att de ska behöva flytta till en mer resurskrävande vårdform...måste ju tänka både mänskligt och samhällsekonomiskt.”*

Det handlar också om att prioriteringar görs mellan olika *diagnosgrupper* där flera uttryckte att t.ex. människor med problem från rörelseapparaten ofta går före människor med neurologisk problematik.



Prioriteringar kan också innebära val mellan vilka *insatser* som ska prioriteras i verksamheten t.ex. behandlande insatser före förebyggande, utredande före behandlande;

*”Vi arbetsterapeuter har ägnat mycket kraft åt att utveckla metoder för utredning och bedömning kanske på bekostnad av att utveckla behandlingsmetoder. Det gör att vi kanske i allmänhet prioriterar så mycket att utreda att vi inte kommer riktigt till behandlingen”.*

Även om flertalet av intervjuerna visade att det finns brister i medvetenheten om vilka prioriteringar som görs så finns det sjukgymnastik- och arbetsterapienheter runt om i landet (och troligen långt fler än de jag kommit i kontakt med) som ägnat mycket tid åt att diskutera just prioriteringar. De arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar i en självständig arbetsenhet och framför allt de som arbetar i en beställar- utförarorganisation, där kliniker köper deras tjänster, verkar i större utsträckning arbeta aktivt med prioriteringsarbete än de som är klinikanslutna. Organisationsformen i sig förefaller tvinga fram en större tydlighet i vad det är man ska ägna sig åt.

En annan drivkraft för att arbeta mot öppna prioriteringar verkar finnas i arbetsmiljön. Liksom många andra arbetsgrupper i vården idag beskriver både de intervjuade sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna ett stort behov av att avgränsa sina uppdrag och koncentrera sig på patienter med störst behov.

*”Man vill ju känna att man gör rätt saker inte bara för den enskilde patienten utan också i det stora hela.”*

Detta har lett till att man på några arbetsplatser påbörjat arbetet med att skapa rangordningslistor (bilaga 2 och 3).

Sammanfattningsvis visar intervjuerna att graden av medvetenhet om prioriteringar varierar kraftigt bland de intervjuade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna från att inte alls ha reflekterat över sina val till exempel på ett mer systematiskt arbete .

## **5.2. Vad påverkar val i vardagen och vilka blir konsekvenserna?**

Intervjuerna visar att det finns många faktorer som påverkar de val arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör i sin dagliga verksamhet. En del av dessa är *omvärldsfaktorer*, d.v.s. andras beslut, eller fysiska förutsättningar som ligger utanför vad de själva kan påverka men som arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna har att förhålla sig till. Annat beskrivs mer som *inre faktorer* som är direkt påverkbara av den enskilde yrkesföreträdaren.

Faktorerna presenteras utifrån hur vanligt förekommande de var i det begränsade antalet intervjuer som gjorts, där den vanligaste faktorn presenteras först:

- Läkarnas kompetens och intresse
- Den egna yrkesgruppens hälsosyn
- Egen kompetens och intresse
- Patientens egen uppfattning om sitt vårdbehov
- Politikers storsystem och viljetrytningar
- Lagar
- Kostnadseffektivitet hos åtgärden
- Yttre fysiska förutsättningar
- Kultur och traditioner
- Yrkesmässig prestige

### 5.2.1. Läkarnas kompetens och intresse

En majoritet av de intervjuade uppger att prioriteringarna ofta görs av andra yrkesgrupper än dem själva när det gäller vilka patientgrupper som överhuvudtaget ska erhålla vård. Läkarnas kompetens och intresseområde uppfattas ha särskilt stor påverkan på vilka patientgrupper som uppmärksammas inom slutenvården. Det verkar inte ovanligt att dessa patientgrupper också med automatik blir högt prioriterade av sjukgymnaster och arbetsterapeuter;

*”Egentligen tar vi inte in den diagnosgruppen på den här vårdnivån i vårt landsting. Men vår läkare är duktig på just den här problematiken så jag jobbar också mycket med spasticitet.”*

De arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar inom primärvård eller mottagningsverksamhet upplever sig ha alltifrån något större till mycket stor möjlighet att själva påverka prioriteringen av patienten. Även här kan deras prioriteringar påverkas av läkarens kompetens och intresse.

*”Om primärvårdsdoktorn går kurs i axelproblematik...ja då får jag mer remisser på sådana patienter.”*

I intervjuerna framkommer att det finns en tendens att arbetsterapeuter och sjukgymnaster prioriterar just remisser eller förfrågningar från läkargruppen högre än förfrågningar från patienter eller annan vårdpersonal.

Också de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar i en egen enhet i en köp- och säljorganisation påtalar hur deras verksamhet styrs av vad ”beställaren” anser vara viktigt. Ofta är beställaren i form av t.ex. klinikchef eller centrumchef läkare, vilket uppfattas påverka vilka tjänster som efterfrågas och för vilka diagnosgrupper. Att inte själv få vara delaktiga i att styra vilka behov som ska tillgodoses i vården beskrivs av många av de intervjuade som frustrerande.

Vårdbehov som arbetsterapeuter och sjukgymnaster bedömer som viktiga upplevs ibland stå utanför sjukvården. Det finns en osäkerhet inför om det är ”rätt” behov som tillgodoses.

*”Om det är det största problemet för denna patientgrupp vet jag egentligen inte.”*

### **5.2.2. Den egna yrkesgruppens hälsosyn**

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna lade i intervjuerna stor vikt vid aktivitet och delaktighet som ett allmänmänskligt behov för att må bra. De insatser som prioriteras högt av dessa yrkesgrupper är kopplade till denna hälsosyn.

*”Det vi fokuserar på är hur patienterna ska kunna bli mer självständiga, klara av att göra det de vill och kunna vara med...det är sådant vi prioriterar.”*

Många beskriver synen på hälsa som en självklar kunskap, mer eller mindre medveten, en kunskap som byggs upp under studietiden och sedan integreras. En av de intervjuade uttrycker detta i termer av yrkesparadigm (mönster av uppfattningar inom en yrkesgrupp);

*”Det är ett paradigm som vi bara får med oss redan från utbildningen. Så småningom blir det så självklart att man liksom inte ser det men jag märker ju att det är så jag tänker.”*

Olika yrkesgrupper har olika syn på vad hälsa innebär, vad som är viktigt för hälsan och vad som därmed är viktiga insatser. Detta var något som återkom i samtalen. Många upplever att det är just deras yrkesgrupp som fokuserar på värdet av aktivitet och delaktighet, något som sjukvården i övrigt ofta förbiser.

### **5.2.3. Egen kompetens och intresse**

Samtliga intervjuade menar att den egna kompetensen är en av de viktigaste grunderna för de prioriteringar de gör. Särskilt tydligt blir det då det gäller val mellan olika åtgärder.

*”Det jag kan om vad som bäst hjälper strokepatienter är naturligtvis avgörande för vilka insatser jag väljer”.*

Kompetensen spelar också en viktig roll när det gäller prioritering av vilka patientgrupper som ska gå före andra. Vid intervjuerna framkom att behov som den enskilde arbetsterapeuten eller sjukgymnasten har kompetens i oftare prioriteras före behovsgrupper där de personligen saknar kunskap om verksamma metoder.

Det behöver inte betyda att det saknas verksamma metoder utan mer att man som enskild arbetsterapeut eller sjukgymnast av olika anledningar inte har tillägnat sig denna kunskap.

*”Detta med de långtidssjukskrivna är väl egentligen ett område vi skulle jobba mer med men vi har inte kommit igång med det. Jag känner att jag kan för lite. Man gör väl hellre det man redan kan.”*

De flesta uttrycker att det egna intresset är en viktig prioriteringsgrund både för sin egen fortbildning och därmed inriktning på insatser eller val av patientgrupper.

*”Jag har alltid tyckt att de varit en spännande patientgrupp för vilka mycket mer finns att göra. Jag fick gå några kurser och nu har vi byggt upp en verksamhet kring detta.”*

Ett problem som förs upp i samband med den enskilde befattningsinnehavarens intresse är att det kan vara svårt att reda ut om den egna uppfattningen om hur viktigt ett område är står i överensstämmelse med det faktiska behovet.

*” Jag tror att det man själv är intresserad av ibland får för stora proportioner. Det är inte säkert att det är just det behovet vi ska jobba mest med. Det tror jag gäller för hela vården.”*

Det finns de som uttalar att i deras verksamhet hålls enskilda intresseriktningar tillbaka för en mer gemensam utbildningspolicy. Samtidigt lyfter samtliga intervjuade fram konflikten i att alltid göra det som behövs mest kontra arbetstillfredsställelsen med att få göra det man kan och vill. I detta med att göra vad man vill kan också läggas det som handlar om att göra ”gott”. Här menar flera av de intervjuade att de har olika svårt som arbetsterapeut eller sjukgymnast att sätta gränser för sin insats. En orsak till detta uppfattas vara en önskan om att få känna sig behövd, som är mer eller mindre uttalad hos olika individer. Att säga ”nej” eller ”vänta” till de som prioriteras lägre kan vara extra svårt för vissa.

#### **5.2.4. Patientens egen uppfattning om sitt vårdbehov**

En viktig utgångspunkt för arbetsterapeuters och sjukgymnasters prioriteringar verkar vara patientens egen upplevelse av sina behov. En anledning till detta är, menar de, att patienten måste vara motiverad för att träning och insatser av olika slag ska lyckas. Om patienten själv inte upplever ett behov är förutsättningarna för att nå framgång med rehabiliteringsinsatser betydligt mindre än vid det omvända förhållandet.

*” Jag menar jag kan ju tycka att det är bra att kunna ta på skorna själv men om inte patienten tycker det, ja då kommer det inte att fungera.”*

Arbetsterapeuterna talar mycket om att det på senare tid tagits fram ett flertal instrument för att fånga patientens egen bild av vad som är viktigast för hans eller hennes hälsa och livskvalité. Dessa instrument anses vara en viktig hjälp då det gäller att prioritera vilka insatser som ska göras för den enskilde patienten. Ett problem som nämns i samband med detta är att även om man vet vad patienterna helst skulle vilja göra så kanske detta ändå inte är möjligt utifrån den verksamhet som arbetsterapeuten och sjukgymnasten befinner sig i.

*”Fritidsintressena var allt för den patienten...men sådana hjälpmedel får man inte i vårt landsting.”*

Ett dilemma som tas upp handlar om hur man ska förhålla sig till patienter som inte pockar på uppmärksamhet jämfört med dem som ”skriker högst”. Vissa menar att det sätt man påtalar behovet på också kan säga något om förmågan att hantera sin ohälsa och därmed behovets storlek. Andra menar att detta har med lika människovärde att göra; även den som inte är enträgen måste fångas upp av sjukvården. Vissa patienter kan inte ens föra fram sina behov själva utan är beroende av hur deras ”ombud” agerar.

*”Vem ska egentligen bestämma vems behov som är störts? Det blir ju jag som behandlare men det är ju bara min bild. Patienten kan ju ha en helt annat uppfattning.”*

### **5.2.5. Politiska styrsystem och viljeyttringar**

De intervjuade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna arbetar i olika typer av organisationer med olika styrsystem. Politiska styrsystem uppfattas starkt påverka vilka patienter som får företräde till vården. Ofta är ersättningssystem kopplade till kvantitet snarare än till kvalité. Antal behandlingar uppges vara en vanlig uppföljningsvariabel. Diagnosgrupper där korta, avgränsade insatser är möjliga premieras då före diagnosgrupper som behöver mer långvarig behandling.

När långa köer får särskild uppmärksamhet av politiker upplevde de intervjuade att det finns en risk att köer blir det vanligaste sättet att hantera situationer med bristande resurser.

*”Om politiker bestämt att vi ska få betalt för antalet behandlingar måste vi ju se till att ha många behandlingar. Och om det är kö som gäller för extra anslag gäller det ju att ha kö.”*

Ungefär hälften av de intervjuade känner inte till om det finns några politiskt prioriterade grupper i deras landsting eller kommun. Detta var inget man diskuterat med sina arbetsledare och själva kom de mycket sällan om än alls i direkt kontakt med landstings- eller kommunpolitiker.

Den andra hälften uppgav att de prioriteringar som politikerna gjort verkligen påverkat inriktningen på deras verksamhet. Satsning på palliativ vård var ett sådant exempel. Döende patienters behov sattes först om det fanns flera patientgrupper att välja mellan. Långtidssjukskrivna var ett annat exempel på en politisk prioritering som flera av de intervjuade kände till. Ett prioriteringsdilemma som många tog upp handlade om detta att nya behovsgrupper ständigt förs in i sjukvården. Oftast upplever de att detta sker utan att någon diskussion förs kring vad det innebär för den verksamhet som redan finns.

*”Det innebär ju att vi måste minska våra insatser eller tar bort något för någon annan om vi ska ta politikernas prioriteringar på allvar. Om vi inte får bra förutsättningar för detta finns risk för att vi bara jobbar på med det vi alltid gjort.”*

En av de intervjuade tog också upp att politiska beslut på nationell nivå påverkade hennes prioriteringar. Vårdgarantier för omhändertagande inom viss tid för vissa diagnosgrupper var ett sådant exempel.

### **5.2.6. Lagar**

Ingen av de intervjuade i landstingsverksamhet säger spontant att Hälso- och sjukvårdslagen styr deras prioriteringar. Däremot var det flera som refererade till att de var medvetna om att ingen får prioriteras p.g.a. sin ålder eller om man är yrkesverksam eller ej. För några kunde detta skapa en frustration när de betraktade sin egen verksamhet som inriktats på yngre yrkesverksamma patienter. De lagmässiga etiska riktlinjerna för hur vården ska styras uppfattas inte vara helt lätta att tyda. Just ålder verkar vara en sådan tveksamhet. Får vi välja den yngre före den äldre, och i så fall i vilka situationer?

*”På den här kliniken tar vi ju i första hand in de som ska arbetsrehabiliteras...men får vi egentligen göra det?”*

De arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar i kommunal verksamhet tog upp att flera olika lagar påverkar deras val. Förutom Hälso- och sjukvårdslagen är då också Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om särskilt stöd (LSS) en del i beslutsgrunderna för deras prioriteringar. I samtalen märktes att det finns en osäkerhet om hur tolkningen av de olika lagarna påverkar de insatser de gör. Ett exempel är den så kallade kvarboendeprincipen, som är en individuellt inriktad insats som regleras av Socialtjänstlagen;

*”Inom kommunen premieras ju kvarboende. Det gör att våra insatser nog domineras av att underlätta för äldre att bo kvar i hemmet. När jag tänker på det kan det nog innebära att jag är mindre på servicehuset...då är det ju inte så tydligt att det är behovet som styr.”*

Att lagarna har olika ”tyngd” upplevs också som problematiskt vid prioriteringar. Trots att Hälso- och sjukvårdslagen inte är någon rättighets/skyldighetslag säger en arbetsterapeut att hennes upplevelse är att insatser av sjukvårdskaraktär går före Socialtjänstlagens krav på att tillgodose sociala behov. Arbetsterapeuter har ju kompetens att arbeta både med fysiska och sociala behov och vad är ”rätt” i en sådan situation?

*”Skulle jag egentligen satsa mer på att bygga upp ”sociala” aktiviteter om jag skulle tolka lagarna rätt?”*

### **5.2.7. Kostnadseffektivitet hos åtgärden**

Kostnadseffektivitet nämns i flera intervjuer trots att man inte kopplar detta till Hälso- och sjukvårdslagen. Det förväntade resultatet av en behandling är dock en viktig grund vid prioriteringar anser flera av de intervjuade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna. De patienter som bedöms som ”rehabiliteringsbara” prioriteras ofta före dem som anses ha en sämre rehabiliteringspotential.

*”De som kommer att kunna bli gångare måste prioriteras.”*

Flera upplever att det saknas metoder för att bedöma kostnadseffektiviteten även om det pågår utvecklingsarbeten både inom sjukgymnastik och inom arbetsterapi som syftar till att ta fram bättre underlag. Många menar också att effekterna av resultat inte alltid låter sig beskrivas på ett enkelt sätt. Patienter för vilka det är ogörligt att ta fram vetenskapliga bevis för effekten av åtgärden måste ändå kunna prioriteras. På individnivå uppfattas kostnadseffektiviteten fortfarande inte heller spela så stor roll för vilka val man gör. På gruppnivå och när hela verksamheter ska diskuteras blir det viktigare;

*”När det gäller bedömningar om vad jag ska göra handlar det mer om mina erfarenheter än om evidens och kostnads effektivitet. Men det klart...det väger ju ganska lätt när det blir frågan om besparingar.”*

Också kostnader för vårdnivå och boendeform verkar vara viktiga delar i ett prioriteringsbeslut. Lägsta möjliga vårdnivå eller omhändertagandenivå tas flera gånger upp i intervjuerna som något som påverkar arbetsterapeuters och sjukgymnasters val.

### **5.2.8. Yttre fysiska förutsättningar**

Också det fysiska kan sätta gränser för prioriteringar som görs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Detta ger de intervjuade flera exempel på. Träningsredskap av olika slag för en patientgrupp kan t.ex. vara mer skrymmande än för en annan. Genom att välja den typ av redskap som tar minst plats kan de utföra flera behandlingar. I praktiken kan det innebära att behoven hos vissa diagnosgrupper tillgodoses mer än för andra.

*”Verksamhet med neurologiskt handikappade tar större plats så vi har varit tvungna att inrikta oss mer på ortopediska skador.”*

Avstånd är ett annat exempel på en yttre påverkan som uppges påverka valen. Ibland sätts t.ex. en gräns för när hembesök kan göras. Det innebär att insatserna blir olika om man som patient bor nära vårdgivaren eller ej.

### **5.2.9. Kultur och traditioner**

På frågan om hur de intervjuade som var nya på sin arbetsplats kan veta vilka patienter eller insatser de i första hand ska arbeta med svarade flera att det hade med arbetsplatsens ”kultur” och tradition att göra. De kunde se att det fanns vissa sätt att tänka och göra som helt enkelt var mer gångbara än andra.

*”Det fanns ju redan en verksamhet man tog över. Och jag frågade väl egentligen inte heller varför man arbetade med just de patienterna. Det bara var så...du vet så har vi alltid gjort här.”*

Vanor och roller liksom kultur och traditioner, allt detta kommer i intervjuerna fram som en del i varför verksamheter av olika slag kan se ut som de gör utan att egentligen någon medveten gemensam prioritering gjorts.

### **5.2.10. Prestige**

Prestige är det anseende eller den auktoritet som t.ex. en person eller yrkesgrupp anses ha. När det gäller läkare genomförde en norsk sociolog, Dag Album, 1991 (Album, 1991) en studie om olika medicinska specialiteters prestigegrad. Den visade att det fanns en tydlig rangordning inom vården. Verksamheter som neurokirurgi sattes högt medan t.ex. psykiatri och geriatrik hamnade lågt.

På motsvarande sätt tar några av de intervjuade upp att de tror att det finns verksamheter inom arbetsterapi och sjukgymnastik som värderas högre än andra. Några exempel från sjukgymnasterna handlar om hur man allmänt i kåren värderar varandra beroende på vilka typer av patienter man behandlar.

*”Jag skulle gissa att ortopedi skulle hamna högre än neurologi hos de flesta sjukgymnaster.. och att områden där man får arbeta med ”hands on” är mer attraktiva.”*

Ett motsvarande exempel från intervjuerna med arbetsterapeuterna handlar om hur olika vårdnivåer värderas vid jämförelse med varandra;

*”Jag skulle tro att primärvården har svårare än sjukhusen att rekrytera om det skulle finnas ett underskott på arbetsterapeuter.”*



Flera har uppfattningen att om detta stämmer kan det innebära att man som enskild vårdgivare väljer vissa arbetsplatser före andra arbetsplatser eller vissa diagnosgrupper före andra diagnosgrupper. Det kan innebära att vissa behovsgrupper blir sämre tillgodosedda än andra.

### **5.3. Öppna prioriteringar – en bristvara?**

Det finns exempel på prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik som både är medvetna och där grunder och principer för besluten finns redovisade i olika dokument. Men hur är det då med offentligheten? Kan den som önskar få ta del av de prioriteringar som görs inom arbetsterapi och sjukgymnastik möjlighet att göra detta? Intrycket från intervjuerna är att de prioriteringar som dokumenteras i de allra flesta fall är tänkta som ett arbetsmaterial. På frågor från enskilda patienter händer det att arbetsterapeut/ sjukgymnast hänvisar till den prioriteringsordning som man beslutat på den kliniken eller i det enskilda landstinget.

*”Det är skönt att ha den här rangordningen i ryggen så att säga när man ska förklara för patienten varför de får vänta.”*

Det finns en ambivalens i synen på värdet av att offentliggöra sina prioriteringar. En majoritet av de intervjuade tror att framtidens patient kommer att kräva att få en större insyn i vården och därmed kunna debattera den;

*”I framtiden måste vi kanske bli ännu tydligare...folk vill veta vad de får för sina skatter.”*

Andra menar att det känns skrämmande att bli så tydlig, särskilt när det gäller de som kommer längst ner eller inte finns med alls på ”listan”. Frågor om det överhuvudtaget är möjligt att ställa någon utanför kom ofta upp i intervjuerna. Och vems är i så fall ansvaret?

*”Kan jag som sjukgymnast säga att nej dina besvär behandlar vi inte här och det finns inte heller någon annan inom landstinget att hänvisa till? Är det min uppgift att ta sådana beslut?”*

*”Det stryks ju ofta hjälpmedel från landstingets hjälpmedelslista. Då säger vi ju faktiskt att detta kan man inte få hjälp med inom offentlig vård utan istället köpa själv. Vem får egentligen besluta sånt?”*

Det finns med andra ord en osäkerhet kring var i organisationen beslut om vårdens utbud tas och vilken roll man som enskild arbetsterapeut och sjukgymnast har i sådana beslut.

#### **5.4. Delaktighet i prioriteringsarbete**

1995 lyfte Prioriteringsberedningen i sitt slutbetänkande (SOU 1995:5) fram att det fanns mycket i övrigt att önska när det gällde delaktighet från *samtlig* personal i diskussioner om hur vårdens resurser ska användas och fördelas. Intervjuerna tyder på att det fortfarande brister när det gäller detta.

*”Man känner sig ofta ganska utlämnad i sina val. Gör jag rätt?”*

Flertalet av de intervjuade beskrev att de med sina närmaste kollegor diskuterade prioriteringar mellan enskilda patienter, d.v.s. prioriteringar på *individnivå*. Mer övergripande diskussioner om prioriteringar när det gällde behovsgrupper är mindre vanligt. *Om* sådana diskussioner förekommer sker de sällan tvärprofessionellt. För de som arbetar i team verkar situationen lite annorlunda även om dessa diskussioner snarare handlar om enskilda fall än vilka behovsgrupper som ska prioriteras.

*”Vi talar ju en hel del om de enskilda patienterna om de platsar eller ej men inte på något mer övergripande sätt.”*

Vare sig bland arbetsterapeuterna eller sjukgymnasterna förekom deltagande i några ”organiserade” prioriteringsdiskussioner på ledningsnivå eller tillsammans med politiker. De som känner till att det pågår prioriteringsarbete på landstings- eller kommunal nivå hade uppfattningen att arbetsterapeuter eller sjukgymnaster inte deltar i detta arbete. Tvärtom upplevde många att prioriteringar var något som var upp till dem som enskilda befattningsinnehavare att själva lösa.

En majoritet av de intervjuade uppger att prioriteringarna ofta görs av andra yrkesgrupper än dem själva när det gäller vilka som överhuvudtaget ska komma till vården. Rehabilitering uppfattas ha ”*få röster*” och oklara politiska beslutsvägar särskilt när det gäller verksamhet utan kösystem.

*”Att operationsantal ska ökas är ju vanliga politiska beslut för att minska köer, medan uppföljningar av kroniskt sjuka aldrig lyfts fram från politiskt håll.”*

## 6. DET FORTSATTA PRIORITERINGSARBETET – MÖJLIGA UTVECKLINGSBEHOV

Det har hänt en hel del i Sverige när det gäller metoder och diskussioner kring öppna prioriteringar de senaste åren. På nationell nivå har t.ex. Socialstyrelsen tagit fram sina första riktlinjer kring prioriteringar ”*Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård*” (www.sos.se). Regionalt genomför vissa landsting sina första öppna prioriteringar i den meningen att beslut och underlag för dessa beslut på olika sätt offentliggörs. Försök med medborgardialog kring prioriteringar har också prövats (Broqvist, 2003). Fortfarande finns dock en bristande öppenhet när det gäller prioriteringar inom inte bara arbetsterapi och sjukgymnastik utan inom hela vården. Tvärtom är det fortfarande mer ovanligt med medvetna, öppna prioriteringar än med prioriteringar som sker mer eller mindre omedvetet utan möjlighet till insyn.

I det här arbetet har samtal förts om öppna prioriteringar med yrkesföreträdare inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Om det som framkommer här stämmer mer generellt kan inte sägas med säkerhet. Det är dock troligt att mycket av det som framkommit vid intervjuerna skulle kunna vara sant för samtliga yrkesgrupper inom vården, inte minst när det gäller vad som styr den enskildes prioriteringar. Nedan diskuteras de prioriteringsgrunder som kommit fram, vad bristande delaktighet kan få för konsekvenser och vilka möjliga utvecklingssteg som borde diskuteras för att uppnå mer medvetna, öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.

### 6.1. Bristande delaktighet - orsaker och konsekvenser

Vad som framkommit i denna rapport styrker den bild som Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) slog fast, nämligen att arbetsterapeuter och sjukgymnaster *inte* deltar i organiserat prioriteringsarbete i särskilt hög grad, varken i tvärprofessionella sammanhang eller tillsammans med politiker. Det kan finnas flera *möjliga* orsaker till detta.

- Det råder en bristande medvetenhet om vilka prioriteringar man som enskild yrkesutövare faktiskt gör och hur ansvarsfördelningen när det gäller prioriteringsarbete ser ut.
- I mer övergripande prioriteringsarbete på ledningsnivå och/eller vid olika resursbeslut företräds arbetsterapeuter och sjukgymnaster oftast av läkare vars medicinska kunskap förväntas täcka alla andra yrkesgruppers kunskap. Politiker efterfrågar i låg utsträckning beslutsunderlag direkt från berörd yrkesgrupp.

- Prioriteringar finns inte så tydligt på agendan hos de yrkesförbund som organiserar dessa yrkesgrupper och driver utvecklingsfrågor.

Att det råder en stor variation i medvetenhet kring prioriteringar bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster framgår tydligt av de intervjuer som gjorts. Det finns en spännvidd från genomtänkta prioriteringsarbeten till att enskilda inte funderat kring frågan och inte heller känner till att sådana diskussioner förs i hans eller hennes landsting/kommun (även om det i vissa landsting faktiskt så sker på politisk nivå). Det finns också en stor osäkerhet kring vilken roll man som arbetsterapeut eller sjukgymnast förväntas spela när det gäller prioriteringar och vilka befogenheter man har.

I vilken grad politiker efterfrågar prioriteringar baserade på alla yrkesgruppers prioriteringar ger den här studien inte svar på. Ett faktum är dock att läkargruppen är den dominerande yrkesgruppen när det gäller prioriteringsdiskussioner på nationell nivå t.ex. i Socialstyrelsens riktlinjearbete. Läkargruppen har också via Svenska Läkarsällskapet i flera år arbetat med prioriteringar och rangordningslistor för olika diagnosgrupper ([www2.svls.se](http://www2.svls.se)). Det är troligen den enda yrkesorganisation som med den tydligheten lyft fram prioriteringar som ett viktigt utvecklingsområde bl.a. genom en egen prioriteringskommitté.

Oavsett vad orsaken till att arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte i särskilt hög grad deltar i övergripande prioriteringsarbete är får det konsekvenser för vården. Brist på delaktighet påverkar hur behov beskrivs och därmed också tillgodoses. Bilden riskerar att bli ensidig eller mycket olika i landet beroende bland annat på vem som deltar i ett sådant arbete. Idag styrs vårdens utveckling till stor del av teknologiska framsteg, som nya läkemedel eller operationstekniker och mycket sällan av ny kunskap om omvårdnad eller rehabilitering. Frågan om *vem* som ska prioritera vården är fortfarande obesvarad.

## **6.2 Problematik med prioriteringsgrunder**

Intervjuerna visar att det finns mycket som påverkar de val som arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör i sin dagliga verksamhet. Det är inte säkert att resultatet av alla dessa "krafter" är i linje med de lagmässiga riktlinjerna för prioriteringar i vården. Intervjuerna visar också att det råder tveksamheter kring hur lagen ska tolkas när det gäller prioriteringsarbete. Inte heller detta är något unikt för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Den senaste tidens debatt om rangordningslistor lagliga berättigande är ett tydligt exempel på detta.

En av de frågor som rests i intervjuerna som berör Hälso- och sjukvårdslagen handlar om vilka befogenheter man har som arbetsterapeut eller sjukgymnast när det gäller prioriteringar. Vem får ta beslut i de fall prioriteringar leder till att något väljs bort? Min uppfattning är att det finns en bristande kunskap om Hälso- och sjukvårdslagen som en ramlag. Lagen säger inget om hur vårdutbudet ska vara sammansatt och inte heller något om vilken minimi- eller maximinivå som ska finnas utan detta avgörs av det enskilda landstingets eller kommunens ekonomiska och personella resurser (Landstingsförbundet, 1982). I huvudsak ansvarar politiker för prioriteringar mellan olika verksamhetsområden eller mellan olika sjukdomsgrupper medan enskilda vårdgivare har ansvar för vardagsval på individnivå. Även prioriteringar på gruppnivå inom ett verksamhetsområde eller inom en sjukdomsgrupp är i huvudsak ett verksamhetsansvar. Var gränsen går för vilket utbud den offentliga vården ska ha är alltså ytterst en politisk fråga. Om man som vårdgivare inte har klart för sig denna ansvarsfördelning verkar det uppstå en otrygghet inte minst i tider av nedskärningar.

*”Även om synen på prioriteringar vore enhetlig kvarstår det faktum att olika huvudmän har olika ekonomiska förutsättningar. Även om patientgrupperna skulle rangordnas på samma sätt kommer behovstäckningen att variera över landet. Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen är i och för sig ingen ny företeelse, men i en situation med knappa resurser blir konsekvenserna mer uppenbara. Det är emellertid varje enskild huvudmans ansvar att under iakttagande av de grundläggande etiska principerna planera och genomföra sin hälso- och sjukvård utifrån lokala förutsättningar.”*

Regeringens prop. 1996/97:60

Det finns också flera tveksamheter kring hur den etiska plattformen ska tolkas. Ålder visade sig i intervjuerna vara ett sådant exempel. Principen om människovärde tenderade att blandas ihop med de situationer i vården när ålder beaktas för att avgöra om en patient har förutsättningar att klara av alternativt ha nytta av viss behandling.

Kostnadseffektivitet är en annan etisk princip som verkade ge upphov till funderingar och frustration. Liksom inom andra områden i vården råder fortfarande brist på bra hälsoekonomiska studier likväl som vetenskapliga studier av effekter av insatser inom arbetsterapi och sjukgymnastik. De intervjuade lyfter detta som ett problem i prioriteringssammanhang, troligen med all rätt.

Socialstyrelsens överdirektör Kjell Asplund konstaterade i en artikel i Läkartidningen (2001) att mycket god vetenskaplig dokumentation finns när det gäller läkemedel, god eller halvgod när det gäller kirurgiska insatser, svag vetenskaplig dokumentation av omvårdnadsinsatser och i viss mån till och med kontroversiell när det gäller rehabiliteringsmetoder;

*”Om en av grunderna för prioriteringar ska vara vetenskaplig dokumentation av metodens/åtgärdens värde, så hamnar onekligen läkemedel i den gynnande klassen och omvårdnaden och rehabiliteringen i strykklassen.”*

Läkartidningen 2001, nr 37, s 3898

Socialstyrelsen har i sitt riktlinjearbete tryckt på att kravet på evidens inte får innebära att väl dokumenterade områden får företräde vid prioriteringar utan att en samlad bedömning måste göras också utifrån beprövad erfarenhet och egna ”hälsoekonomiska” kalkyler. En tolkning av detta skulle kunna vara att svåra tillstånd ska ges företräde framför lindrigare tillstånd även om denna vård kostar mer beaktat att det finns en nytta med insatsen ([www.sos.se](http://www.sos.se)). En annan tolkning är att kravet på kostnadseffektivitet måste ställas högre vid mindre angelägna tillstånd (prop. 2002/2002:63).

Ett kanske större problem än vad det gäller hur lagen och principerna för prioriteringar tolkas (eller misstolkas) är att det finns så många andra faktorer som påverkar prioriteringar och som kan sätta den lagmässiga regleringen ur spel. Politiska uppföljningssystem är ett sådant exempel som nämnts i intervjuerna. Hur ska de kroniskt sjuka med sina långvariga, ofta tidskrävande, insatser kunna prioriteras när verksamhetens budget baseras på antal behandlingstillfällen? Behovsprincipen riskerar då att ställas i bakgrunden.

Ett annat exempel som har att göra med behovsprincipen är de ”fysiska” gränser som de intervjuade menar sätts upp för en verksamhet t ex i form av maximalt avstånd från sjukhuset för att göra hembesök. Hur kan vi säga att den som bor två mil ifrån sjukhuset har större behov av hembesök än den som bor fem mil bort? Eller är detta ett ofrånkomligt problem som måste hanteras genom alternativa lösningar, förhoppningsvis med lika god effekt för den drabbade?

Olika prioriteringsgrunder kan också stå i konflikt med varandra. Patienternas egen upplevelse av behov kontra bedömningen av kostnadseffektivitet för en åtgärd kan vara ett sådant exempel. Patienter kan mycket väl uppleva att de har stora behov även av sådana insatser som det inte finns kostnadseffektiva åtgärder för.

En mycket stark grund för de prioriteringar som görs handlar om den egna kompetensen och intresseinriktningen. Här delar jag helt den uppfattning som framkom vid intervjuerna att detta är något som med stor sannolikhet gäller för samtliga personalkategorier inom vården. Det kan t.o.m. vara en orsak till att politiska prioriteringar ofta får begränsad genomslagskraft ute i verksamheterna.

Även om den politiska viljeriktningen är känd (vilket ju inte alltid var fallet i intervjuerna) så kanske personalen väljer att mer eller mindre fortsätta med den verksamhet de själva bedömer som mest angelägen. Inte sällan syns exempel på detta i media. Verksamhetsföreträdare menar att de inte har resurser att arbeta med vissa patientgrupper eller viss verksamhet medan politiker genmäler att just dessa patientgrupper är en politiskt prioriterad behovsgrupp och rimligen i första hand borde ha tillgång till verksamhetens resurser. Bristen på samtal kring den samlade behovsbilden mellan samtliga berörda *kan* vara en förklaring till detta. En annan möjlighet är att trots att man arbetar i en politiskt styrd organisation finns låg acceptans för politikernas styrning av vårdutbudet.

Att styra hälso- och sjukvård är erkänt svårt. Från allmänheten väcks med jämna mellanrum kravet på att vården ska styras av dem som kan den bäst, d.v.s. vårdpersonalen. Troligt är att det finns en tillit till att yrkesföreträdare arbetar efter behovsprincipen och att också fortsättningsvis de med stora behov ska erbjudas snabba och stora insatser. Utifrån resultatet i denna studie om vad som kan påverka hur den enskilde företrädaren väljer sina patienter och sina insatser är detta inte helt givet. Ett godtyckligt utbud skulle kunna bli följden av ett sådant system.

### **6.3 Möjliga utvecklingssteg**

Det finns många argument som talar för en fortsatt utveckling av öppna prioriteringar när det gäller arbetsterapi och sjukgymnastik.

- För politiker handlar det om att få så bra och heltäckande beslutsunderlag som möjligt i sitt prioriteringsarbete.
- För den enskilde yrkesinnehavaren kan prioriteringsarbete vara en viktig arbetsmiljöfråga i tider där behovet av att definiera och att avgränsa sitt uppdrag för att uppnå god arbetstillfredsställelse är stort.

- För den framtida patienten som troligen kommer att ställa större krav på insyn och möjlighet till påverkan av vården är öppna prioriteringar intressanta. Men också för att försäkra att behoven hos de patienter med svagast röst, de med nedsatt autonomi vars behov samhället enligt Hälso- och sjukvårdslagen har ett särskilt ansvar att bevaka, blir tillgodosedda.
- För allmänheten handlar det om skapa insyn och tillit till den vård som ges; särskilt i tider där resurserna brister.

För att komma vidare med ett utvecklingsarbete finns det flera möjliga steg att ta;

1. *En viktig start i ett prioriteringsarbete är att skaffa sig kunskap om vad prioriteringar innebär, den lagmässiga regleringen samt vilka befogenheter man som arbetsterapeut eller sjukgymnast har i prioriteringssammanhang.*

Att reda ut vad det faktiskt innebär då det talas om ”prioriteringar” till skillnad från andra närbesläktade företeelser inom vården (ransoneringar m.m.) är ett första viktigt steg i ett prioriteringsarbete. Ju större samsyn som finns i en organisation kring dessa begrepp desto fruktbarare blir diskussionerna. Idag finns en begreppsförvirring på alla nivåer som gör att parterna lätt talar förbi varandra.

Prioriteringar inom vården styrs av Hälso- och sjukvårdslagen. Det är därför viktigt att alla som deltar i ett prioriteringsarbete känner till de lagliga ramarna för ett sådant arbete.

För att känna sig trygg med det ansvar man som enskild befattningsinnehavare har vid prioriteringar behövs också kunskap om hur styrningen av sjukvården ser ut, vilka befogenheter man själv har, vilka beslut som ligger på verksamhetschefsnivå och vad som är politiska beslut.

2. *Behovsbilder på en övergripande gruppnivå behöver skapas inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*

Prioriteringar sker på olika nivåer. I vardagen är det förstas prioriteringar på individnivå som dominerar. Om prioriteringar diskuteras inom arbetsterapi och sjukgymnastik så är det vårdgivare-patientsituationen som verkar ha det största fokuset idag.



Det kan kännas svårt att veta hur man praktiskt ska ta sig an den komplexa uppgift som ett prioriteringsarbete innebär. Att starta i sin egen vardag är nog den enklaste men också mest nödvändiga vägen att komma framåt. Men om arbetet inte sedan kommer vidare uppstår det som lyfts i intervjuerna; prioriteringar blir något högst personligt för den enskilda vårdgivaren som sällan kommer in i något större sammanhang. En uppgift som ofta upplevs tung att axla. Att finna mönster i de sätt som arbetsterapeuter eller sjukgymnaster prioriterar, att se vilka sjukdomstillstånd och åtgärder som gemensamt rangordnas högre än andra är ett sätt att lyfta prioriteringsarbetet ytterligare ett steg.

*Hur* övergripande behovsdiskussionerna behöver vara är svårt att säga. Det beror förstås på syftet. Svenska Läkarsällskapet har bedömt att deras yrkeskår är hjälpt av nationella prioriteringsdiskussioner som resulterat i rangordningslistor inom olika verksamhetsområden (Öppna prioriteringar i hälso- sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommittè, SUL:s 2004). Detta arbete har förstås varit till hjälp inför prioriteringsdiskussioner i de egna landstingen eller t.ex. i arbetet med Socialstyrelsens riktlinjer. En trygghet har byggts upp kring vad som är rimliga prioriteringar. Andra skulle kanske anse att det är tillräckligt fruktbart att arbetsterapeuter eller sjukgymnaster kommer samman på den egna enheten och för denna typ av diskussioner. Oavsett på vilken nivå prioriteringsdiskussionerna kommer att föras behöver horisonten vidgas jämfört med hur det ser ut idag.

### 3. *Metoder för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik behöver utvecklas.*

Det finns idag enheter inom både sjukgymnastik och arbetsterapi där det pågår arbeten med att ta fram metoder för att beskriva prioriteringar inom dessa yrkeskårer. En mer noggrann inventering i landet skulle säkert ge fler exempel på modeller för hur öppna prioriteringar kan gå till.

Ett exempel på detta kommer ifrån *Enheten för Sjukgymnastik vid Karolinska sjukhuset (KS)*. Via Etikgruppen och Arbetsmiljögruppen initierades där ett arbete med att skapa öppna prioriteringsordningar för respektive avdelning inom såväl slutna som öppna vård. Förutom att prioritera sina behandlingsåtgärder har den medicinska och etiska grunden för prioriteringen angetts (bilaga 2).

Ett annat exempel kommer från *Akademiska sjukhuset i Uppsala*. Drivkraften där har bl. a. varit en arbetsmiljöundersökning som visade på att en majoritet av de anställda upplevde arbetet som psykiskt påfrestande. Prioriteringsordningarna används nu som underlag vid de årliga förhandlingarna av abonnemangsavtal (bilaga 3).

Frågan är om det behövs yrkesspecifika modeller eller om det finns metoder för att bedöma prioriteringar som fungerar för alla yrkesgrupper. Syftet med Socialstyrelsens senaste riktlinjearbete med prioriteringar inom hjärtsjukvård (www.sos.se) är att det ska omfatta insatser inom hela hjärtsjukvården oaktat vilken yrkeskategori som utför åtgärder. I det prioriteringsarbetet har man vägt in sjukdomens svårighetsgrad, patientnyttan/effekten av åtgärden samt kostnadseffektiviteten. Dessutom beaktas vilken vetenskaplig bevisning, evidens, som finns. En rangordning har sedan skett av sjukdomstillstånd kopplat till åtgärd i en skala från 1 till 10. På en och samma nivå kan flera sjukdomstillstånd/åtgärder rymmas.

För att stödja arbetsterapeuter och sjukgymnaster i arbetet med prioriteringar på lokal nivå vore en bredare diskussion kring prioriteringsmetoder inom respektive yrkesgrupp värdefull. Frågan är vilken roll de fackliga organisationerna skulle kunna spela i ett sådant utvecklingsarbete.

*4. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster måste delta i diskussioner om prioriteringar på alla nivåer – med andra yrkesgrupper och med politiker för att bredda behovsbilden.*

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska all sjukvård vara behovsstyrd. Den med störst behov ska ges företräde. En grundläggande vårdbehovsmodell (Liss, 1999) beskriver behov som gapet mellan det aktuella hälsotillståndet och det önskvärda tillståndet eller behovets mål. En person som t.ex. behöver blodtryckssänkande medicin har ett gap mellan sitt faktiska blodtryck och det önskvärda blodtrycket. Men vem ska bedöma vems behov som är störst?

Vid intervjuerna lyftes upp att olika yrkesgrupper har olika fokus på vad hälsa innebär och vad som är viktiga insatser för att uppnå den definierade hälsan. I sitt betänkande "Vårdens svåra val" (SOU 1995:5) lyfte prioriteringsutredningen fram vikten av att inte bara uppnå hälsa utan såg också livskvalitetsrelaterade behov som viktiga mål för sjukvården. Förmåga till aktivitet och delaktighet - som ofta är målet för rehabiliteringsinsatser - riskerar att undervärderas om inga företrädare för den hälsosynen finns med i mer övergripande prioriteringsdiskussioner.

För att kunna bedöma vems behov som är störst måste behovets mål identifieras. Frågan är då hur mycket hälsa samt förmåga till aktivitet och delaktighet man är beredd att erbjuda i ett landsting eller i en kommun inom ramen för offentligt finansierad vård. Om målet är att kunna klara sina fritidsintressen är behovet mycket större än om målsättningen är att kunna göra de mest kroppsnära aktiviteterna som att vara i stånd att gå på toaletten själv.

Var gränsen går för hur höga målsättningar som ska finnas i vården är i princip ett sjukvårdspolitiskt beslut. Denna typ av måldiskussion, där arbetsterapeuter och sjukgymnaster med sin hälsosyn skulle vara en viktig resurs, förs troligen alltför sällan idag.

Hur ska vården hantera att olika yrkesgrupper gör olika prioriteringar? Är det berikande eller förvirrande? Eller är det en nödvändig förutsättning för att också de gemensamma prioriteringarna på klinik-, enhets-, politisk eller nationell nivå ska bli så fullödiga som det överhuvudtaget går? Detta vet vi egentligen inte mycket om i dagsläget men det vore väl värt att pröva och utvärdera. Här behövs stöd från politiker och tjänstemän som i större utsträckning än idag behöver efterfråga beslutsunderlag från *samtliga* yrkesgrupper inom vården och utveckla former för ett prioriteringsarbete med bred förankring in i vården.

Prioriteringsprocessen behöver alltså engagera alla berörda inom vården. ”Vårdpersonal” är inget enhetligt begrepp utan består av många olika professioner som har att se till många olika sorters behov hos de människor som söker vård. Det blir därför viktigt att beslutsunderlag för prioriteringar omfattar insatser från samtliga personalgrupper i vården.

Prioriteringar är också en av de viktigaste arbetsledarfrågorna både vad det gäller att arbeta fram öppna prioriteringar och att se till att gjorda prioriteringar får genomslagskraft i vården.

##### *5. Strategier för hur offentligheten i de prioriteringar som görs ska se ut behöver tas fram.*

Till sist detta med öppna prioriteringar i vars innebörd ligger att prioriteringar, dess grunder och konsekvenser, ska vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Som nämnts tidigare verkar det som att det prioriteringsarbete som hittills bedrivits inom arbetsterapi och sjukgymnastik framför allt syftat till att vara ett internt arbetsmaterial och ett verktyg i en beställar-utförarorganisation.

Det verkar logiskt att börja i just den änden - men så småningom väcks ett antal frågor om vilken insyn som ska finnas i det material som finns.

Vem ska ha tillgång till det? Vad ska offentliggöras? Ska t.ex., utöver det ovan nämnda, allmänheten ha tillgång till hur prioriteringarna tagits fram? På vilket sätt ska materialet göras offentligt? Att offentlighet och tillgänglighet inte är samma sak vet alla. Östergötlands läns landsting har t.ex. valt att lägga ut sina utbudsbegränsningslistor ([www.lio.se](http://www.lio.se)) för olika sjukdomsgrupper på sin hemsida. Socialstyrelsen kommer att publicera en skrift om prioriteringar inom hjärtsjukvård som vänder sig till de som berörs, d.v.s. patienter, närstående och andra som kommer i kontakt med hjärtsjuka.

Frågan om offentlighet i prioriteringar kan inte bara vara en intern fråga för varje enhet inom sjukgymnastik och arbetsterapi. Troligen behövs en gemensam strategi för ett helt landsting eller en hel kommun om hur prioriteringar inom hälso- och sjukvård ska göras offentliga. Att göra detta på ett sätt så att tilliten till sjukvården även fortsättningsvis ska vara hög blir nästa pedagogiska utmaning för samtliga inblandade.

## REFERENSER

Album, Dag (1991). *Medicinska specialiteters sociala prestige*. Nordisk medicin 106:8-9.

Asplund, K. (2001). "Den evidensbaserade medicinen är nödvändig men inte tillräcklig. Bör kompletteras inom områden där det vetenskapliga underlaget är svagt." *Läkartidningen* 37:3898-901.

Broqvist, Mari (2003). *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. PrioriteringsCentrum rapport 2003:6.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:/63).

Höglund, A. (2003). *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. PrioriteringsCentrum rapport 2003:7.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Landstingsförbundet (1995). *Statistisk årsbok för landsting, tabell 3:8*.

Landstingsförbundet (1982). *Den nya Hälso och sjukvårdslagen – vad kräver den? Vilket spelrum ger den?* Utgiven i samband med Landstingsförbundets kongress 1982.

Liss, Per-Erik (2002). *Fördelning, prioritering och ransonering – en begreppsanalys*. PrioriteringsCentrum rapport 2002:4.

Lämås, Kristina (manuskript), PrioriteringsCentrum

Nyrén, G (red). (1999). *Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning. Medicinska program i Östergötland, delrapport i januari 1999*. Landstinget i Östergötland.

Riksdagen, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Socialutskottets betänkande 1996/97 SoU 14.

Rundqvist, Gunvor (manuskript), PrioriteringsCentrum

Socialdepartementet, *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, SOU 1995:5.

Socialdepartementet, *Prioriteringar i vården – perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Slutbetänkande av Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.

Socialdepartementet, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. Prop. 1996/97:60.

Socialstyrelsen, *Riktlinjer för hjärtsjukvård*. [www.sos.se](http://www.sos.se)

Socialdepartementet, *Läkemedelsförmånen*. Prop. 2002/2002:63.

Socialtjänstlag 2001:453.

Svenska Läkarsällskapets hemsida, [www2.svls.se](http://www2.svls.se)

Svenska Läkaresällskapet, *Öppna prioriteringar i hälso- sjukvård*. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommittè, SUL:s 2004.

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om uppfattningar*. Studentlitteratur, Lund.

Östergötlands läns landsting, [www.lio.se](http://www.lio.se).

## **Prioritering vid arbetsterapiavdelningen, neurocentrum**

### ***Bakgrund***

#### Organisation

Akademiska sjukhuset har en arbetsterapiavdelning som organisatoriskt tillhör en av sjukhusets divisioner, neurocentrum, men som ger service till flertalet av sjukhusets centrum/kliniker. Arbetsterapiavdelningen finansieras genom interna abonnemang som kan variera från 1 – 100%. Vissa kliniker köper endast arbetsterapitimmar vid behov. Arbetsterapiavdelningen behandlar ca 6000 patienter årligen inom slut- och öppenvård.

Arbetsterapiavdelningens personal är indelad i olika verksamhetsgrupper så kallade block som arbetar mot vissa kliniker på sjukhuset. Dessa block är:

- Hand/plastik, som arbetar vid handkirurgmottagningen, hand- och plastikkirurgiska avdelningarna och plastikmottagningen.
- Neuro/med, som arbetar vid neurocentrum med spinalenhet och akut neurologi samt medicincentrum med strokeenhet.
- Smärtan, som arbetar vid smärtcentrums verksamhet med smärtrehabilitering och vid enheten för långvarig smärta.
- Reuma/ort som arbetar vid reumatologklinikens och ortopedklinikens avdelningar och mottagningar.
- 170, som är en enhet för hjärnskade- och neurologisk rehabilitering inom neurocentrum.

Arbetsterapiavdelningen har träningsverkstäder med praktiska aktiviteter som textil, kontor, keramik och snickeri. Dessa är bemannade med arbetsinstruktörer. Här får patienten möjlighet att trots sjukdom eller skada vara kreativ och använda sina resurser i meningsfulla aktiviteter.

Vid arbetsterapiavdelningen har även en träningslägenhet med kök, sovrum och tvättstuga. Här kan arbetsterapeuten bedöma patientens aktivitetsförmåga och ge patienten möjlighet att träna olika vardagssysslor.

Vid arbetsterapiavdelningen är c:a 45 personer anställda på 34,15 tjänster. Av dessa personer är c:a 35 arbetsterapeuter och resterande personer är arbetsinstruktörer och administrativ personal. Tillgång till vikarier via personalpool finns ej.

Verksamheten vid arbetsterapiavdelningen leds av en verksamhetschef som tillsammans med bitr. verksamhetschef och fem 1:e arbetsterapeuter bildar en ledningsgrupp. Varje 1:e arbetsterapeut leder ett eget block.

#### Arbetsmiljö

Vid en personalenkät som genomfördes i slutet av 1990-talet visade det sig bl.a. att 97 % av de anställda vid arbetsterapiavdelningen ansåg att arbetet var psykiskt påfrestande, att arbetsbelastningen var för hög och att man var stressad.

En av anledningarna till detta var att behovet av arbetsterapi var större än de resurser som fanns avsatta. Finansieringen skedde då via anslag och arbetsterapi betraktades som en "fri nyttighet" vid sjukhuset. Antalet patienter hade stadigt ökat under ett antal år utan att motsvarande tillskott av tjänster/budgetmedel skett.

Personalen på arbetsterapiavdelningen utarbetade gemensamt en handlingsplan med åtgärder för att bl.a. minska på upplevelsen av stress och hög arbetsbelastning. En av åtgärderna i handlingsplanen var att utarbeta, förankra och implementera prioriteringsordningar genom att synliggöra den vardagsprioritering som alltid sker och nå konsensus om denna. En annan var att införa ett internt beställar- utförarsystem.

### **Arbetsätt**

All personal använde under en period sin utvecklingstid till att utarbeta prioriteringsordningar. Personalen inom varje block delade in sig i arbetsgrupper motsvarande de olika verksamheter de arbetar med t.ex. patienter med reumatiska sjukdomar, patienter med ryggmärgsskador, träningsverkstäderna. Varje arbetsgrupp kom att bestå av två till fem personer.

Arbetet med prioriteringsordningar kan delas in i två steg där det första steget handlade om att prioritera patientrelaterade åtgärder. I andra steget ska arbetsuppgifter som administration, verksamhetsutveckling, undervisning m.m. införlivas i prioriteringsordningarna.

Varje arbetsgrupp fick till att börja med lista alla patientrelaterade åtgärder. Därefter ställde verksamhetschef eller bitr. verksamhetschef följande frågor till gruppen där åtgärd efter åtgärd vägdes mot varandra:

- Om du har två patientrelaterade åtgärder som du förväntas utföra och du upplever att du bara har tid för en patientrelaterad åtgärd, vilket prioriterar du då?
- Varför prioriterar du detta?

En diskussion i arbetsgruppen tillsammans med chef mynnade så småningom ut i konsensus om en viss prioriteringsordning. I denna diskussion vägdes prioriteringarna gentemot den övergripande nationella prioriteringsutredningen angående hälso- och sjukvård.

Exempel på ovanstående kan vara att prioritera mellan att bedöma aktivitetsförmågan hos en nyinsjuknad motoriskt opåverkad strokepatient som planeras att samma dag skrivas ut eller att träna rullstolskörning med en strokepatient som dagen efter ska åka till en rehabiliteringsavdelning. Resultatet blev att prioritera bedömningen av den nyinsjuknade. Den patienten skulle annars kunna bli utskriven utan att vara komplett bedömd och då kunna bära på osynliga funktionshinder med katastrofala följder. Patienten som behövde träna rullstolskörning skulle ändå få göra detta inom rimlig tid på rehabiliteringsavdelningen.

Prioriteringsordningarna har presenterats för respektive medicinskt ansvarig verksamhetschef och blivit godkända. De används också vid den årliga



omförhandlingen av abonnemangsavtal som ett underlag för att diskutera omfattning och innehåll i åtagandet. Väljer kliniken att minska sitt abonnemang kan de minst prioriterade åtgärderna strykas, vilket innebär att arbetsterapeuterna får en realistisk arbetsbörda.

### **Effekter**

De flesta verksamhetsområdena har idag prioriteringsordningar för de patientrelaterade åtgärderna. Arbetsgrupperna har påbörjat arbetet med att införliva andra arbetsuppgifter i prioriteringsordningarna.

Vid hög arbetsbelastning som t.ex. vid högt remissinflöde eller personals bortavaro kommer prioriteringsordningarna till användning. Det finns konsensus om vad som ska prioriteras och man behöver inte avsätta tid för att diskutera detta då man redan har knappt om tid.

Vid uppföljning efter två år uppgav de anställda att upplevelsen av stress och hög arbetsbelastning hade minskat. En personalenkät som genomfördes 2002 innehöll variablerna ”arbetsrelaterad utmattning” som mäter hur känslomässigt tömd, utsliten och trött man är efter arbetet, som visade ett värde på 48 %. (önskvärt är att värdet skall vara under 30 %), samt ”arbetstakt” som anger om tillräcklig tid finns att genomföra arbetsuppgifterna som visade ett värde på 42 % (önskvärt är 35-42 %).

### **Reflektioner**

Som en bonuseffekt av prioriteringsdiskussionerna har personalen inom de olika verksamhetsområdena fått en enad syn om vad man ska arbeta med i sitt dagliga värv. Man kom även fram till att vissa arbetsuppgifter inte ligger inom arbetsterapiens verksamhetsfält och har släppt dessa, som t.ex. viss kontrakturprofylax. Gruppens gemensamma ansvar för flera verksamhetsområden har också stimulerat viljan att vara dubbelkompetent, något som är en förutsättning för att kunna bemanna med rätt kompetens vid frånvaro när tillgång till vikarier saknas.

Vid diskussionerna har också framkommit att olika företeelser styr prioriteringarna, som t.ex. krav från övrig personal, att ingen annan profession eller instans kan utföra åtgärden, att patienten är på väg hem.

Vid arbetet med att införliva andra arbetsuppgifter i prioriteringsordningarna blir etiska dilemman uppenbara som t.ex. vad är viktigast patienten eller utveckling av verksamheten?

Annika Ternér  
bitr. verksamhetschef

Birgitta Wallgren  
verksamhetschef

Arbetsterapiavdelningen  
ing 85, 9 tr  
Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel. 018-611 51 89

## Bilaga 1

### Riktlinjer för arbetsterapeutisk behandling och prioritering av behandling på reumatologen.

#### Behandling på vårdavdelningen

##### Åtgärder för patienter med beräknad kort vårdtid, ca. 1 vecka

Handstatus och /eller ADL-bedömning samt vid behov enstaka åtgärd såsom utprovning av handledsstöd, hjälpmedel. Har patienten behov av mer omfattande åtgärder kan detta utföras under vårdtiden i mån av tid. I annat fall kallas patienten polikliniskt eller ärendet överrapporteras till distriktarbetsterapeut.

##### Åtgärder för patienter med beräknad längre vårdtid, ca. 2 veckor

Handstatus och/eller ADL-bedömning samt de åtgärder som är aktuella under vårdtiden.

#### Prioritering av åtgärder

<i>Prioritet</i>	<i>Åtgärd/Problem</i>	<i>Motivering/kommentar</i>
1.	Bedömning; ADL bedömning och handstatus	Bedömning i den omfattning som har efterfrågats av remitterande läkare och /eller som behövs för fortsatta åtgärder.
2.	Tillverkning av ortoser	Specialistkunskap här på Akademiska. Patienten bör få ortosen under vårdtiden eller på polikliniskt besök
3.	Ledskydd, inklusive introduktion i handträningsprogram	Specialistkunskap här på Akademiska. Grundläggande kunskaper för att patienten ska kunna hantera sin sjukdom.
4.	Utprovning av prefabricerade ortoser	Vid tidsbrist kan denna åtgärd utföras av handterapeuterna i kommunen alt. på polikliniskt besök hos oss.
5.	Hjälpmedel	Vid tidsbrist kan denna åtgärd utföras av distr.arbetsterapeut alt. på polikliniskt besök hos oss.
6 (2).	Handträning	Beroende på syfte med vårdtiden och vårdtidens längd ges patienten möjlighet till träning.

Tänk också på att patienten kan tillfrågas om vad som ska prioriteras!

## **RIKTLINJER FÖR PRIORITERING AV INSATSER FÖR PATIENTER MED MISSTÄNKT ELLER PÅVISAD STROKEDIAGNOS**

- I. Patienter med TIA (< 24 h) eller misstänkt strokediagnos vars synliga symtom gått i regress före ankomst till sjukhuset eller under vårdtidens första dagar. Patienten är oftast uppegående, klarar sin ADL självständigt och skrivs ofta snabbt ut till hemmet. Dessa patienter kan ibland visa sig ha dolda kognitiva och/eller afatiska problem – som ofta visar sig först vid en noggrann bedömning.
- II. Patienter med misstänkt strokediagnos, ibland TIA som i stort sätt är självständiga vid förflyttning och personlig vård, kan eventuellt behöva lite hjälp på avdelningen. Patienten har dock lindriga ”synliga” motoriska, kognitiva och/eller afatiska problem som uppmärksammas av övrig vårdpersonal. Dessa patienter kan förväntas gå direkt hem med hem- eller dagrehab.
- III. Patienter som har måttliga till stora motoriska och /eller kognitiva störningar och behöver hjälp av en personal för att klara förflyttning och morgontoalett. Klara kandidater för inläggande geriatrisk rehab eller avd 170.
- IV. Patienter med stora motoriska och/eller kognitiva störningar och som endast orkar sitta uppe korta stunder i stol vid t ex måltider. Flyttas oftast till geriatrisk rehab, ibland inläggande kommunal rehab.
- V. Patienter som har mycket liten egen aktivitet med dålig bålbalans och som sitter uppe korta stunder i Comfort- eller combi-care stol, eller sitter en kort stund på sängkant med mycket stöd. Flyttar oftast till sjukhem.
- VI. Patienter som är sängliggande och främst behöver god omvårdnad och ofta är medvetandesänkta. Osäker prognos.

### **PRIORITERINGSORDNING**

1. Bedömning av patienter i grupp I och II, ej inläggande (dagpatienter).
2. Bedömning av patienter i grupp I och II, inläggande.
3. Bedömning av patienter i grupp III, inläggande. Utprovning av aktiv rullstol.
4. Administrativt patientarbete samt utvecklingstid.
5. Bedömning av patienter i grupp IV och V, inläggande. Utprovning av passiv rullstol. Träning av patienter i grupp II och III.
6. Träning för patienter i grupp IV och V.

## **Prioriteringsarbete på Enheten för Sjukgymnastik, KS.**

Enheten för Sjukgymnastik ansvarar för merparten av den sjukgymnastiska verksamheten och den kliniska utbildningen för sjukgymnaststuderande vid Karolinska sjukhuset (KS). För närvarande är 75 sjukgymnaster anställda vid Enheten för Sjukgymnastik. Enheten består av 7 olika sektioner: kirurgsektionen, medicinsektionen, neurosektionen, onkologisektionen, ortopedsektionen, reumasektionen samt thoraxsektionen. Inom slutenvården har Enheten för Sjukgymnastik överenskommelser med sjukhusets olika kliniker rörande omfattning och villkor för sjukgymnastarbete på respektive klinik. Köpt sjukgymnaststjänst kan variera från 5-100%, vilket innebär att sjukgymnasten dagligen arbetar mot flera olika avdelningar. Förutom slutenvård så bedrivs specialiserad öppenvård, vilken köps av beställarstyrelsen och sedan fördelas mellan de olika diagnosgrupperna.

### **Etikgrupp**

På Enheten för Sjukgymnastik bedrivs sedan flera år ett aktivt etikarbete. Vi har ett etikombud på Enheten och en etikrepresentant på respektive sektion, vilka tillsammans skapar Enhetens etikgrupp. Etikombudet ansvarar för att förmedla information om pågående forskning, aktuell litteratur samt aktuella föreläsningar inom ämnesområdet etik; hjälpa etikrepresentanterna med den typ av etikarbete som deras sektion har valt att arbeta med, samt att representera Enheten för Sjukgymnastik vid olika etikmöten. Etikrepresentanten på respektive sektion ansvarar för att vidareförmedla den information som de fått av etikombudet till samtliga sjukgymnaster inom respektive sektion. Dessutom ansvarar etikrepresentanten för att ta reda på hur sektionen önskar arbeta med etiska frågor och med stöd av etikombudet genomföra det av sektionen önskade etikarbetet. Det är även etikrepresentantens uppgift att informera samtliga sjukgymnaster inom respektive sektion om verksamhetsplanen samt verksamhetsberättelsen gällande etikarbete på Enheten för Sjukgymnastik.

### **Behov av prioriteringsordningar**

Våren 2002 framkom det att många av Enhetens sjukgymnaster var stressade och inte visste hur de skulle hinna med alla sina arbetsuppgifter. De upplevde till exempel att det blev allt svårare att prioritera mellan patientarbete och möten, utvecklingsarbete etc. Det framfördes därför önskemål till såväl etikgruppen som arbetsmiljögruppen om diskussion kring prioriteringar. Vi anordnade då en etikinternutbildningsdag som tog upp vad prioriteringsutredningen samt hälso- och sjukvårdslagen säger gällande prioriteringar. Många kände inte till denna information och tyckte att utbildningsdagen var givande. Vid utvärderingen framkom det dock att många sjukgymnaster kände ett behov av att veta hur de skulle lösa prioriteringen rent praktiskt på avdelningen respektive inom öppenvården. Etikgruppen fattade då beslutet att fördjupa arbete med prioriteringar, och vid etikinternutbildningen hösten 2002 fick samtliga sjukgymnaster reflektera över och diskutera hur de prioriterade, vad de baserade sina prioriteringsbeslut på för basis, hur de skulle velat prioritera, hur prioriteringssituationen upplevdes.... I och med att verksamheten på de olika sektionerna skiljer sig, så fördes diskussionerna sektionsvis och därefter återsamlades alla och fick redovisa vad de kommit fram till. Detta upplägg var mycket uppskattat. Dels fick alla tid att reflektera och diskutera i lugn och ro inom sin sektion och dessutom blev det vid återsamlingen tydligt att många av de problem som togs upp återfanns hos nästan alla sektioner. De flesta prioriteringsbeslut visade sig baseras på behovs- och solidaritetsprincipen, men det fanns även andra faktorer som styrde prioriteringsbesluten, såsom: tid, erfarenheter/kunskapsområden, patientens ålder, mängden personal, tillgång till hjälp från

avdelningspersonalen, vilka patienter man fått rapport om etc. Den stora tidsbristen gjorde dels att sjukgymnasten inte hann träffa alla patienter som var bedömda att vara i behov, men även att patienter som egentligen bedömts som högprioriterade inte fick någon behandling då de var på undersökning vid den tidpunkt som sjukgymnasten var på avdelningen. Tid att komma tillbaka till patienten vid ett senare tillfälle fanns ej i och med att sjukgymnasten då skulle vara på en annan avdelning.

Det blev efter denna etikinternutbildningsdag tydligt att det fanns ett behov av tydliga och öppna prioriteringsordningar på Enheten för Sjukgymnastik, både för patienternas, anhörigas, beställarnas, klinikchefernas och avdelningspersonalens skull och för vår egen skull. Etikgruppen och arbetsmiljögruppen beslutade därför tillsammans med ledningsgruppen att samtliga sektioner skulle skapa öppna prioriteringsordningar för respektive avdelning inom såväl slutenvården som för öppenvården. Dessutom skulle ledningsgruppen skapa en prioriteringsordning avseende olika möten. Som etikombud skapade jag en mall som gjorde att det blev lättare att reflektera och sammanställa prioriteringsordningen (se figur 1). För varje avdelning skulle sjukgymnasten prioritera sina behandlingsåtgärder, men även reflektera över vilken medicinsk respektive etisk basis som han/hon motiverade prioriteringen med. Detta skulle sedan föras in i mallen. Alla sjukgymnaster på sektionen hjälptes åt med att fylla i prioriteringsordningen för respektive avdelning / öppenvård. Alla var rekommenderade att sätta av ordentligt med tid i och med att det tar tid att reflektera, och i långa loppet är det effektivare att sitta ner en längre tid vid få tillfällen. Arbetet leddes av etikrepresentanten på respektive sektion och etikombudet fanns även till hands för att kunna svara på eventuella frågor som kunde dyka upp under arbetets gång. När prioriteringsordningarna var färdigställda hade vi en ny etikinternutbildningsdag med fortsatt diskussion kring våra prioriteringsbeslut.

### Syftet med vårt pågående prioriteringsarbete

- a) skapa öppna, enhetliga prioriteringsordningar som är ett stöd för oss i vårt dagliga prioriteringsarbete och gör det lättare för oss att förklara för patienter, anhöriga, övrig vårdpersonal samt beställare/klinikchefer varför en patient får behandling före en annan. Öppna prioriteringsordningar skapar även ett ökat förtroende då det blir tydligt för alla parter att vi inte prioriterar ”hipp som happ”, utan att vi faktiskt baserar våra prioriteringsbeslut på väl genomtänkt medicinsk och etisk basis (professionalism). Dessutom innebär prioriteringsordningarna att det inte spelar någon roll vilken sjukgymnast man träffar på avdelning X, för vi följer alla prioriteringsordningen för behandlingar på den avdelningen (enhetlighet), vilket också skapar ett ökat förtroende. Medför förbättringar för oss och vår arbetsmiljö, för patienter/anhöriga/övrig vårdpersonal.
- b) Visa för våra beställare vilka åtgärder vi har kompetens att utföra, men att vi på grund av för lite tjänstetid endast hinner utföra de X högst prioriterade åtgärderna. Prioriteringsordningarna kommer därmed kunna utgöra ett bra underlag vid revidering av överenskommelser/avtal med respektive klinik/avdelning eller beställarstyrelse, i syfte att förbättra kvalitén på vården samt arbetsmiljön för sjukgymnasterna.

Just nu pågår sammanställningen av de utarbetade prioriteringsordningarna för slutenvården och öppenvården och arbetet beräknas vara klart i slutet av detta år. Den modell som vi arbetat efter är ett exempel på hur man på ett aktivt sätt kan arbeta med prioriteringsfrågor. Prioriteringsarbetet har upplevts positivt och utvecklande.

Det har varit givande för den enskilda sjukgymnasten att reflektera över hur han/hon prioriterar och varför, men även för Enheten i sin helhet.

Susanne Heiwe  
Etikombud  
Leg. Sjukgymnast, M.Sc, doktorand  
Enheten för Sjukgymnastik, KS

Etikgruppen, Enheten för Sjukgymnastik, KS.  
Etikombud: [Susanne.Heiwe@ks.se](mailto:Susanne.Heiwe@ks.se)

Etikrepresentanter:

Kirurgsektionen: [Helene.Hallstrom@ks.se](mailto:Helene.Hallstrom@ks.se)

Medicinsektionen: [Susanne.Heiwe@ks.se](mailto:Susanne.Heiwe@ks.se)

Neurosektionen: [Ann-louise.Weiland@ks.se](mailto:Ann-louise.Weiland@ks.se)

Onkologisektionen: Pia.Mickols@ks.se

Ortopedsektionen: [Mona.Oscarsson@ks.se](mailto:Mona.Oscarsson@ks.se)

Reumasektionen: [Marilyn.Mayer@ks.e](mailto:Marilyn.Mayer@ks.e)

Thoraxsektionen: [Sofia.Broman@ks.se](mailto:Sofia.Broman@ks.se)

Verksamhetschef: [Brita.Eriksson.defranco-cereceda@ks.se](mailto:Brita.Eriksson.defranco-cereceda@ks.se)

Figur 1.

**Slutenvård / Öppenvård**

**Klinik:**

**Avdelning:**

**Köpt tjänst:**

<b>Prioriteringsordning:</b>	<b>Etisk basis:</b>	<b>Medicinsk basis:</b>
<b>1.)</b> Här fyller Du i vilken sjukgymnastisk ÅTGÄRD som Du prioriterar högst på denna avdelning/klinik	Fyll i etisk motivering	Här motiverar Du varför Du prioriterar en åtgärd före en annan, ex. mobilisering före smärtlindring.
<b>2.)</b> Här fyller Du i vilken sjukgymnastisk ÅTGÄRD som Du prioriterar näst högst på denna avdelning/klinik		
<b>3.)</b> osv.		
<b>4.)</b>		
<b>5.)</b>		
<b>6.)</b>		
<b>7.)</b>		
<b>8.)</b>		
<b>9.)</b>		
<b>10.)</b>		
<b>11.)</b>		
<b>12.)</b>		
<b>13.)</b>		

Obs!Fler rader kan infogas i tabellen om så behövs.

**Kommentarer:** Här skriver Du alla obligatoriska möten som Du deltar i, hur ofta de är och att de går för prioriteringslistan för patientbehandlingar.

För närvarande köps X% sjukgymnasttjänst vilket innebär att sjukgymnasten endast hinner utföra de X översta åtgärderna i prioriteringsordningen.

Önskat köp av sjukgymnasttjänst: X%

Vid köp av X% sjukgymnasttjänst skulle sjukgymnasten få möjlighet att.....

**Prioriteringsordning vid ökat köp av tjänst:** Skulle Du prioritera på samma sätt om Du fick den önskade ökningen av tjänst? I annat fall, ändra i tabellen nedan.

## Intervjuguide – del 1

Syftet är att belysa hur sjukvårdspersonal resonerar i ett läge av resursbrist i patientnära arbete.

### 1. Kan du berätta lite om vad det är för typ av verksamhet du jobbar med?

( verksamhet ) ( t ex verksamhetsinriktning, antal tjänster, organisation..... )

### 2. Hur skulle du vilja beskriva de patienter du jobbar med? ( behovsbild )

Vilka behov har de patienter som kommer till dig/ finns här?

Hur får du veta vilka behov patienten har? ( egen bedömning, patienten själv / annan personal / anhöriga.... )

### 3. Tycker du att ni har tillräckliga resurser här att ta hand om de behov patienterna har? ( förekomst av resursbrist )

Om nej gå till fråga 4. Om ja måla upp en fiktiv bild; Om ni går kort med personal här när någon är sjuk eller i semestertider..... ( gå till fråga 4 ).

### 4. Vad är det (då) du inte hinner med alls i ditt patientarbete? ( prioriteringar )

Alt. Vad skulle du vilja göra i ditt patientarbete som du inte gör alls idag?

### 5. Hur tänker du när du väljer att göra just det du gör en vanlig dag ? ( medvetenhet om prioriteringar och prioriteringsgrunder )

alt. Varför gör du just det du brukar göra?

Kan du berätta om något / några val du ställs inför i ditt dagliga patientarbete?

Kan du berätta om en situation i ditt patientarbete då det varit svårt/ lätt att prioritera? ( motivera )

Om ni går kort med personal här när någon är sjuk eller i semestertider hur gör du då? Varför?

### 6. Gör ni lika allihop här? ( diskussion och enad bild av prioriteringar )

Brukar ni diskutera detta i arbetslaget? Vad brukar ni diskutera ?

### 7. Hur gör man som ny personal här för att veta vad hon eller han ska göra och inte göra (vid resursbrist) ? ( grad av offentlighet kring prioriteringar )

- ingen dokumentation gå till fråga 8.

- finns dokumentation ; Hur har man resonerat när man har gjort just de valen ?

(prioriteringsgrund)

Är det ett arbetsredskap eller något man skulle kunna visa en patient eller en anhörig som kommer och frågar ?

Tycker du att det här är ett sätt som fungerar bra ? Fördelar / nackdelar ? ( öppna prioriteringar )

### 8. Det du inte hinner med idag fullt ut i ditt patientarbete.... / Det du inte kan åtgärda



**omedelbart hur handskas du med det? Låter du patienten vänta, annan gör det .....  
( ransoneringar )**

## **Intervjuguide – del 2**

Syftet är att belysa hur sjukvårdspersonal uppfattar begreppet prioriteringar och medvetenheten/ aktiviteter som anknyter till prioriteringsutredningen och de etiska principerna i HSL.

**1. Kan du berätta vad du tänker på när du hör ordet prioriteringar? ( innebörd )**

**2. Känner du till om det finns några lagmässiga riktlinjer för hur man ska hantera det här med prioriteringar ? ( medvetenhet )**

Om nej gå till fråga 3

Om ja går till fråga 4

**3. Finns det något annat man kan stödja sig på när man gör prioriteringar på en arbetsplats?**

**4. Hur har dessa riktlinjer / principer påverkat ert arbete ? ( användbarhet / aktivitet )  
Fördelar / nackdelar ?**

(5. Finns det någon aktivitet i er verksamhet / i landstinget / kommunen kring prioriteringar ?  
Delaktighet ? )

## **PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE**

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*, Karin Lund

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*, Mari Broqvist

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*, Anna T Höglund

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*, Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson

2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie*, Kristina Lämås, Catrine Jacobsson

2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala*, Li Bennich-Björkman

2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik*, Mari Broqvist